

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1897

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 10 mars 1897 à 1 heure

Par AMABLE-ALEXIS POURTIER

Né à Chapdes-Beaufort (Puy-de-Dôme) le 22 août 1870

DE QUELQUES PARTICULARITÉS

QUE PRÉSENTENT LES RÉSULTATS ÉLOIGNÉS

DES AMPUTATIONS DE CUISSE ET DE JAMBE

Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : } MM. JOFFROY, professeur.
MARIE et DELBET, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1897

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1897

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 10 mars 1897 à 1 heure

Par AMABLE-ALEXIS POURTIER

Né à Chapdes-Beaufort (Puy-de-Dôme) le 22 août 1870

DE QUELQUES PARTICULARITÉS

QUE PRÉSENTENT LES RÉSULTATS ÉLOIGNÉS

DES AMPUTATIONS DE CUISSE ET DE JAMBE

Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : } MM. JOFFROY, professeur.
MARIE et DELBET, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
15, rue Racine, 15

1897

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen.		M. BROUARDEL.
Professeurs		MM.
Anatomie		FARABEUF.
Physiologie		CH. RICHEL.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		N.
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD.
Pathologie médicale	}	HUTINEL.
		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique		CORNIL.
Histologie		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils		TERRIER.
Pharmacologie		POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale		LANDOUZY.
Hygiène		PROUST.
Médecine légale		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		LABOULBENE.
Pathologie comparée et expérimentale		N.
	}	DIEULAFOY.
Clinique médicale		POTAIN.
		JACCOUD.
		HAYEM.
		GRANCHER.
Maladie des enfants		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux		TILLAUX.
	}	BERGER.
Clinique chirurgicale		DUPLAY.
		LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON.
Clinique ophthalmologique		PANAS.
Clinique d'accouchements		TARNIER.
		PINARD.
		M. PAJOT.
Professeur honoraire		
Agrégés en exercice.		
MM.		
ACHARD	GAUCHER	MARIE
ALBARRAN	GILBERT	MÉNÉTRIÉR
ANDRE	GILLES DE LA	NELATON
BAR	TOURETTE	NETTER.
BONNAIRE	GLEY	POIRIER, chef des
BROCA	HARTMANN	travaux anatomi-
CHANTEMESSE	HEIM	ques.
CHARRIN	LEJARS	REITTERER
CHASSEVANT	LETULLE	RICARD
DELBET	MARFAN	ROGER
		SEBILEAU
		THIERRY
		THOINOT
		TUFFIER
		VARNIER
		WALTHER
		WEISS
		WIDAL
		WURTZ

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MON FRÈRE LE D^r ALEXANDRE POURTIER

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR TILLAUX

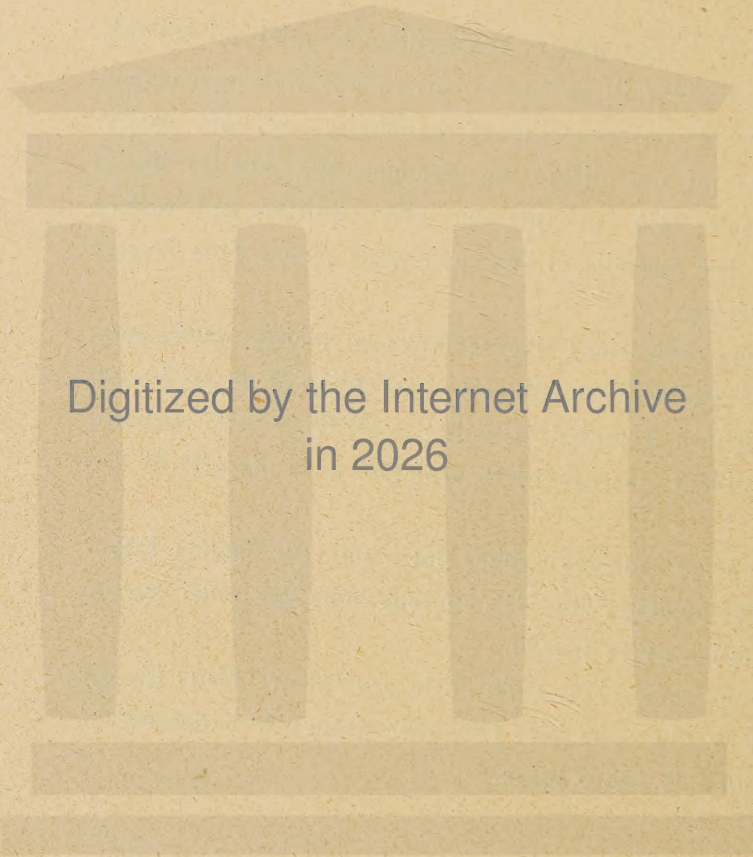
Professeur de clinique chirurgicale
Membre de l'Académie de médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

Avant de commencer l'exposition du sujet qui fait l'objet de ce travail, qu'il nous soit permis d'adresser ici nos sentiments de respectueuse reconnaissance aux professeurs qui ont dirigé nos premiers pas dans les études médicales et à ceux que nous allons quitter, aux maîtres dont les conseils et l'exemple nous seront dans l'avenir si précieux.

Nous remercions sincèrement nos anciens professeurs de l'école de Clermont, et en particulier M. le professeur Bousquet, à qui est incombée la tâche de nous préparer au brillant enseignement professé à la Faculté de Paris.

Nous ne saurions oublier notre ami, M. Chabry, interne des hôpitaux dont les conseils nous ont guidé dans la rédaction de ce travail.

Nous remercions enfin M. le professeur Tillaux d'avoir bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence du jury de notre thèse.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

DE QUELQUES PARTICULARITÉS
Que présentent les Résultats éloignés
DES AMPUTATIONS
DE CUISSE ET DE JAMBE

Exposition du sujet

L'idée première de notre travail nous a été fournie par un cas que nous avons pu observer dans notre famille même et qui nous a par conséquent doublement frappé. La personne dont il s'agit et qui fait le sujet de l'observation 2 était d'un tempérament nerveux et fort impressionnable. Elle fut victime, à l'âge de 47 ans, d'un accident, banal en apparence, mais dont les suites furent, grâce à un concours de circonstances que nous exposerons, d'une très grande gravité.

Ce malade eut la jambe fracturée par une voiture à cinq centimètres environ au-dessus des malléoles. Cette fracture guérit, mais avec une extrême lenteur et eut un

cal vicieux ; de sorte qu'après avoir gardé le lit pendant plus de sept mois, le convalescent ne pouvait marcher, ou même se tenir debout pendant quelques instants sans ressentir aussitôt les plus vives douleurs. Le médecin de campagne qui le traitait lui assurait que ces douleurs passeraient, et c'est sur cette assurance que le malade patienta avec beaucoup de peine pendant deux ans. Enfin, comme ses souffrances, loin de se calmer, s'exagéraient encore, il consulta un chirurgien, et, sur ses conseils, se décida à l'amputation, pensant bien, au prix de ce sacrifice, être débarrassé pour toujours de douleurs qui, en dernier lieu, étaient devenues intolérables. L'amputation et la guérison eurent lieu dans les meilleures conditions possibles, et le convalescent eut à choisir un appareil prothétique. Il se décida pour la jambe articulée.

Le choix d'un appareil de ce genre fut fort difficile, chaque instrument nouveau que lui fournissait le fabricant ayant quelque défaut et le gênant plus ou moins. Il dut en essayer trois, avant d'en trouver un dont il put à peu près se servir. Mais, à peine eût-il porté ce dernier pendant quelques jours, qu'une escharre se produisit, escharre très douloureuse qui lui interdit bientôt, après l'essai qu'il fit toutefois d'un simple pilon, le port de tout appareil quel qu'il fût. De nouvelles douleurs fort vives survinrent, de sorte que le malade songeait à se faire amputer la cuisse lorsqu'il mourut à 51 ans, dans une grande dépression, morale autant que physique, causée par les complications multiples survenues après un simple accident qui, semblait-il, devait n'avoir aucune suite fâcheuse.

Le malade et sa famille n'avaient pas manqué d'établir des responsabilités ; c'est ainsi que furent incriminés tour à tour le médecin de campagne qui avait primitivement soigné la fracture, le chirurgien qui avait conseillé et pratiqué l'amputation, enfin et surtout le bandagiste.

C'est après les réflexions que nous a suggérées la série d'accidents survenus à ce malade qui nous intéressait particulièrement, que nous nous sommes demandé si les cas de ce genre étaient nombreux, si, après une amputation, soit de cuisse, soit de jambe, il arrivait fréquemment que les malades aient à souffrir du fait de leur moignon et de leur appareil. Nous nous sommes proposé de rechercher quels étaient les accidents les plus fréquents dans cet ordre d'idées, si ces accidents se produisent plus volontiers suivant le lieu de l'amputation, suivant le procédé employé et suivant les appareils prothétiques dont on fera plus tard usage, de voir enfin s'il ne serait pas possible de les rendre plus rares en préférant certains lieux et certains procédés à d'autres qui semblent plus séduisants au premier abord.

Aussi avons-nous tenu à joindre à l'observation qui est le point de départ de notre travail le plus de cas possible, et nous sommes-nous adressé dans les asiles de convalescents où se trouvent les malades ayant subi, récemment ou non, une intervention sur le membre inférieur. Nous avons pu voir, à l'asile de Vincennes, à ceux de Vacassy et de Charenton, une quinzaine environ d'individus amputés de la cuisse ou de la jambe ; nous y avons joint une observation recueillie dans le service du

D^r Bazy à l'hôpital Tenon, observation qui nous a paru particulièrement intéressante.

Ce que nous pouvons dire dès maintenant, c'est que l'impression que nous ont laissée les amputés de la cuisse est de beaucoup la meilleure. Tous sont contents ou à peu près de leur appareil et peuvent se livrer à un travail quelconque. Il n'en est pas de même des amputés de jambe dont quelques-uns sont de véritables infirmes, dont un, celui qui fait le sujet de l'observation VII parle de réamputation, dont trois ont dû subir déjà cette réamputation et qui tous ne peuvent faire usage de leur appareil que d'une façon tout à fait imparfaite. Si l'on ajoute que les appareils dont se servent ces derniers malades (jambe articulée), peu fortunés pour la plupart, sont coûteux, fort difficiles à ajuster et à maintenir, on comprendra mieux pourquoi nous avons trouvé une grande différence entre les amputés de cuisse, gens heureux pour la plupart et satisfaits de leur appareil, et ceux de jambe qui ont toujours un grief plus ou moins grave à lui reprocher.

Il est bien entendu que nous n'avons jamais eu la pensée de vouloir établir la supériorité de certains procédés sur les autres, ou de condamner formellement l'amputation du membre inférieur à la jambe pour conseiller d'enblée cette opération au-dessus de l'articulation du genou. C'est ce qui semblerait résulter des observations que nous avons recueillies et qui nous ont amené aux conclusions que nous en avons tirées. Nous n'avons jamais voulu prétendre en les recherchant et en les mettant en évidence, que les inconvénients auxquels expose l'amputation de la

jambe doivent faire rejeter cette opération au profit de l'amputation de cuisse où ils sont fort atténués, où les malades marchent généralement bien et sont fort contents de leur appareil, ce qui n'arrive pas, il s'en faut de beaucoup à ceux auxquels, pour des raisons qu'il serait d'ailleurs dangereux d'attaquer, on a conservé l'articulation du genou et une partie de la jambe.

Encore une fois, nous n'avons pas voulu forcer la main, ni affirmer la supériorité de l'amputation de cuisse sur celle de jambe.

Nous avons désiré seulement faire ressortir quelques particularités qui nous ont paru intéressantes.

Division du sujet et Historique

Nous diviserons le sujet de notre travail en deux parties, et nous nous occuperons tour à tour des amputations portant :

a. — Sur la jambe.

b. — Sur la cuisse.

Pour chacun de ces deux genres d'amputations, nous étudierons successivement les résultats éloignés qu'elles donnent, et cela à l'aide des conclusions tirées des diverses observations d'amputés que nous avons pu recueillir. Nous examinerons les différents moignons qui en résultent au point de vue de leur nutrition, de la douleur dont ils sont le siège et des ressources qu'ils fournissent à la prothèse ; nous verrons quels sont les moignons qu'affectent plus particulièrement, les ulcères, les bourses séreuses ou autres accidents. Enfin, nous étudierons le malade et quels sont les appareils qu'il peut porter.

Nous avons voulu rechercher si quelques auteurs, frappés de ces faits ont recueilli d'autres observations. Nous citerons :

Un article de Morse sur la « Réamputation de moignons douloureux », article paru dans le « *Medical Occidental Times* » de 1890, et que malheureusement, nous n'avons pu retrouver.

En France, Verneuil, dans la *Gazette des Hôpitaux* de 1888, parle « du pronostic des amputations de la cuisse. »

Le Bec, également dans la *Gazette des Hôpitaux*, publie en 1889 une observation de moignon physiologiquement cônique, observation qu'il fait suivre de commentaires sur cette intéressante affection.

Marckes s'occupe des moignons de cuisse et de jambe, au point de vue prothèse dans les *Annales d'orthopédie et de chirurgie pratique*.

Enfin M. Chaintre, interne des hôpitaux de Lyon, publie dans la *Revue d'orthopédie* un article sur la conicité physiologique des moignons.

A l'étranger, nous avons eu l'occasion de traduire un article du chirurgien Smithson Schmit, paru dans le « *News Medical* ». Ce travail est le résultat d'un rapport fait par ce chirurgien militaire qui fut chargé d'examiner 439 soldats amputés de jambe et de cuisse pendant la guerre d'indépendance des Etats-Unis, et auxquels le gouvernement anglais avait à fournir des appareils.

a. — Amputés de jambe

Nous avons pu voir, soit à l'asile de Vincennes, soit à celui de Vacassy, huit malades ayant primitivement subi l'amputation de la jambe ; nous disons primitivement car trois de ces malades ont dû être réamputés pour diverses raisons. Sur ces huit malades, un seul peut à peu près sans inconvénient se servir d'un appareil qui est un simple pilon.

Un deuxième supporte également assez bien son appareil ; cependant il est obligé de le quitter de temps en temps, à cause de deux petites bourses séreuses qui se sont formées sur la face inférieure du moignon à la partie interne et externe, et qui, nous dit le malade, sont fort douloureuses à certains moments.

Trois autres amputés de la jambe ont été forcés de renoncer à toute espèce d'appareil, l'un ayant un moignon atrophié, et dans lequel l'os, immédiatement en contact avec la peau, détermine à chaque tentative, des plaies très douloureuses et fort longues à guérir ; le deuxième à cause d'ulcérations qui se sont produites sur le genou à la suite du port d'une jambe articulée. Il est juste d'ajouter que, dans ce cas, le malade qui est entaché de syphilis, présente à l'autre jambe des ulcérations variqueuses ; le troisième enfin à cause aussi d'une ulcération intermi-

nale produite à la base du moignon qui appuyait directement sur l'appareil, ulcération de grande étendue qui nécessitera probablement une réamputation.

Les trois autres observations que nous mettons parmi celles des amputés de jambe sont particulièrement intéressantes au point de vue qui nous occupe. Elles ont trait à des malades qui, primitivement amputés de la jambe, ont dû subir une nouvelle amputation, celle-là portant sur la cuisse.

L'un, après avoir marché un ou deux mois à l'aide d'un pilon, voit apparaître un durillon sur son moignon, et plus tard une ulcération produisant une douleur excessive et rendant bientôt la marche impossible. Il est obligé de subir une réamputation portant sur la cuisse, et depuis il marche parfaitement, supportant fort bien un appareil qui lui est très utile.

Le second cas est absolument semblable au précédent. Après avoir porté pendant quelques jours une jambe articulée, et non un pilon, une ulcération se produit qui gagne rapidement d'étendue, et en définitive, le malade est obligé de subir l'amputation de la cuisse qui a les plus heureuses suites, puisque le malade peut travailler et marcher à l'aide d'un pilon qui ne le gêne aucunement.

Enfin, le dernier est un homme chez lequel, après avoir pratiqué deux amputations de la jambe, on a recours en dernier lieu, à l'amputation à 10 centimètres au-dessus du genou.

Mais nous devons dire qu'ici on ne saurait incriminer aucune sorte d'appareil, le malade n'en ayant jamais fait usage, mais bien l'état général de ce malade (tuberculose).

Dans l'observation prise dans le service du Dr Bazy, nous voyons un malade qui vit survenir des accidents d'un autre genre après avoir subi l'amputation de la jambe au lieu d'élection. En effet, une exostose au niveau du péroné, déterminant des ulcérations de la peau, dut être réséquée à deux reprises différentes. Ce n'est qu'après avoir subi ces deux nouvelles opérations que l'état du malade est devenu satisfaisant et qu'il peut, à l'heure actuelle, se servir avec fruit d'une jambe articulée. Néanmoins, il n'y a aucune raison pour que ces exostoses ne se reproduisent pas, car ces accidents ont de nombreuses récurrences. Nous devons faire remarquer que ces exostoses fréquentes sur le péroné ont été rarement observées sur le fémur après les opérations de cuisse.

En résumé donc, et si nous ajoutons aux cas que nous venons d'énumérer celui dont nous avons parlé au début de notre travail, nous connaissons onze résultats éloignés des amputations de jambe, et nous voyons qu'ils ne sont guère satisfaisants puisque nous y relevons :

Un seul malade ayant pu d'emblée se servir d'un appareil.

Un autre s'en servant avec quelque difficulté.

Un troisième, celui que nous avons trouvé dans le service du Dr Bazy à l'hôpital Tenon, supportant parfaitement une jambe articulée mais après des tâtonnements et avoir subi de nouvelles opérations.

Quatre ayant dû renoncer totalement à toute espèce d'appareil devant les douleurs que celui-ci produisait.

Deux qui ont été obligés de subir une réamputation à

cause des plaies et eschares produites par l'appareil, cette nouvelle intervention ayant eu lieu dans les deux cas au-dessus de l'articulation du genou.

Un enfin qui a subi cette réamputation nécessitée par son état général, et pour des causes indépendantes de tout appareil prothétique.

Si maintenant nous examinons les moignons dont étaient porteurs ces malades, nous trouvons des moignons se nourrissant mal, chez lesquels la peau est adhérente au moins au péroné, sauf dans un cas où le moignon est assez fourni ; c'est le seul amputé de jambe que nous ayons vu se servant convenablement de son appareil. La peau est adhérente aux deux os dans un cas seulement. Les malades nous disent tous que dans les premiers temps qui ont suivi l'opération, leur moignon était beaucoup plus gros, beaucoup plus fourni.

Dans un travail publié dans le « *Medical News* » par Smithson Smith, ce chirurgien, après avoir mesuré les moignons de 439 soldats amputés plusieurs années auparavant, arrive au point de vue de cette atrophie aux conclusions suivantes :

1° La quantité d'atrophie augmente à mesure qu'on s'éloigne du tronc.

2° Pour la cuisse c'est l'atrophie du moignon tout entier qui augmente à mesure que l'amputation a lieu plus loin du tronc.

3. Pour la jambe l'extrémité du moignon devient de plus en plus atrophiée à mesure qu'on s'éloigne du tronc, mais le corps du moignon s'atrophie de moins en moins,

ce qui revient à dire que, plus l'amputation a lieu loin du tronc, plus la conicité du moignon s'accroît.

Cette atrophie des moignons est, comme on le voit, l'apanage exclusif des moignons de jambe, en ce qui concerne la conicité bien entendu, car les moignons de cuisse s'atrophient également, mais d'une façon uniforme.

Le moignon de jambe prend alors la forme d'un cône dont le tibia et le péroné immédiatement en contact avec la peau à la partie inférieure forment le sommet.

Cette conicité qui atteint ainsi les moignons a quelque ressemblance à l'affection décrite sous le nom de conicité physiologique des moignons; en tous cas elle en a tous les inconvénients.

La conicité physiologique est due entre autres causes, et chez les jeunes sujets surtout, à un développement anormal de l'os sectionné. Ces cas sont rares. Guersaut en a fait l'objet d'un mémoire à la Société de chirurgie en 1853. Verneuil, dans sa longue pratique, en a observé deux cas seulement, M. Kirmisson en a publié en 1882 un cas remarquable; enfin M. Chaintre, de Lyon, dans la *Revue d'orthopédie*, publie le fait intéressant d'un moignon d'amputation devenu tardivement et physiologiquement cône observé dans le service de M. Poncet.

Sous ce titre, M. Le Bec en a publié dans la *Gazette des Hôpitaux* de 1888 une observation que nous reproduisons avec les conclusions dont il la fait suivre :

Observation

Publiée par M. Lebec, avril 1888.

Armand C..., 15 ans, est entré à l'hôpital Saint-Joseph, le 11 octobre 1886.

Cet enfant a été soigné, il y a onze ans, à l'Enfant-Jésus, pour une tumeur blanche du coup de pied.

Quelques mois après, il fut envoyé à Berck-sur-Mer, où M. le Dr Cazin finit par lui amputer la jambe, au tiers inférieur, par la méthode à lambeau externe. La guérison paraît avoir été parfaite, car la cicatrice est actuellement très régulière. Le malade portait une jambe de bois avec laquelle il pouvait courir et jouer. Il y a un an, il constata que son moignon, d'arrondi qu'il était, prenait une forme pointue. Ce travail s'est fait sans que le malade ait reçu le plus léger traumatisme, sans formation de pus et sans fièvre.

Etat actuel. — Le membre est plus maigre que l'autre et manifestement atrophié.

La peau de la jambe n'a pas changé d'aspect, sauf quelques rougeurs dues à la pression de l'appareil prothétique.

Le cône formé par le moignon présente du côté externe une sorte de prolongement pointu, qui forme une saillie de deux centimètres environ, couverte de peau non ulcérée. Cette pointe siège à l'extrémité du péroné. Le tibia ne présente pas de prolongement semblable.

La cicatrice est rejetée à la face interne du moignon. Elle est régulière et souple, sans adhérence avec le squelette.

Elle est distante de la pointe du péroné de trois centimètres

environ et de l'extrémité du tibia de un centimètre et demi. Elle n'a donc subi aucun tiraillement.

La peau qui recouvre la pointe péronière est tendue, adhérente, amincie, couverte d'écailles épidermiques et dépourvue de poils.

La sensibilité existe partout. Elle est très exagérée au niveau du prolongement cône; elle est normale au niveau de l'extrémité du tibia. Une pression douce sur la pointe amène une sensation de chatouillement qui remonte le long de la jambe.

Au repos, il n'y a pas de douleur spontanée; mais la marche avec l'appareil est presque impossible à cause du tiraillement qui se produit dans le moignon.

L'enfant est maigre et chétif; ses parents jouissent d'une bonne santé.

Réamputation le 19 octobre 1886. Je trace deux lambeaux antérieur et postérieur, en rasant le squelette qui est seul enlevé avec son périoste. L'incision contourne circulairement la base du petit cône formé par le péroné qui reste recouvert par la peau. On trouve un gros névrome du nerf tibial postérieur. Je laisse une petite manchette de périoste. Suture au crin de Florence, pansement à l'iodoforme, drain.

20 octobre. — Douleurs dans le moignon. Potion avec bromure de potassium, deux grammes, et sirop de chloral, quinze grammes.

24 octobre. — Pansement. On enlève les drains, et une partie des fils de la suture. La plaie est réunie.

28 octobre. — Pansement. Les fils sont tous enlevés. Je place des bandelettes de tarlatane qui soutiennent les lambeaux.

9 novembre. — Exeat.

En résumé les points à signaler sont les suivants :

1° L'amincissement de l'épiderme et du derme, au ni-

veau de l'extrémité de l'os, par suite de la distension cutanée liée à l'accroissement de l'os;

2° Le processus d'ossification que se fait suivant le mode périostique ;

3° L'allongement de l'os lié à ce fait que l'ossification ne se fait pas seulement, sur cette pièce, au niveau des faces de l'os, mais aussi au niveau de l'extrémité. L'accroissement en longueur n'est pas dû exclusivement à la persistance du cartilage juxta-épiphysaire supérieur de l'os. La conicité, dite physiologique, résulte, par conséquent, aussi de l'allongement local périphérique de l'os, dans le moignon que nous avons régularisé.

Les moignons côniques des adultes, produits par les parties molles qui se rétractent et s'atrophient, bien que dus à un mécanisme différent ont absolument les mêmes inconvénients que les moignons physiologiquement côniques dont nous venons de parler.

Nous n'avons pas observé de moignons présentant, d'une façon bien accentuée, cette forme cônique, chez les malades que nous avons pu voir ; mais nous avons dit que la peau est souvent adhérente, sinon au tibia et au péroné, du moins à ce dernier.

C'est précisément dans les points où la peau adhère à l'os que se produisent les ulcérations dont les moignons de jambe sont si fréquemment le siège. Souvent l'ulcération débute par une sorte de petit durillon qui, peu à peu, s'enflamme et donne lieu à une plaie ulcérée taillée à pic, dont la guérison est des plus difficiles à obtenir.

Souvent aussi cette inflammation et l'ulcération qui suit ont leur point de départ dans une ou plusieurs bourses

séreuses qui se sont formées au point où l'os vient comprimer la peau et le peu de parties molles qui restent contre le coussinet de l'appareil.

Quant à la partie du membre qui existe au-dessus du moignon, elle est généralement saine, bien que le traumatisme exercé par le port constant d'un appareil puisse déterminer des névrites périphériques (Ballet, etc.).

L'amputé de jambe marche généralement très mal avec un appareil, qui est très difficile à ajuster au moignon. En effet, comme nous l'avons vu, ce moignon s'atrophie et se modifie incessamment dans sa forme. De plus les traumatismes exercés par la marche, lorsque le moignon porte directement par sa face inférieure sur le coussinet, sont fort douloureux à cause des saillies nombreuses que forment les extrémités inférieures des os. Quelque soin que l'on prenne à les biseauter ou à les polir, ces saillies arrivent toujours à occasionner de la douleur, vu le peu d'épaisseur que finissent par acquérir les parties molles. Si le malade, comme c'est le cas le plus fréquent, marche sur le genou, la jambe étant en flexion à angle droit, la douleur est moins vive, mais elle existe toujours, alors même, ce qui est rare, que des bourses séreuses ne se soient pas produites sur le genou.

Tous ces phénomènes pathologiques que nous avons observés dans les amputations de jambe sont absolument indépendants du procédé suivant lequel l'opération a été pratiquée, qu'il y ait eu réunion par première intention ou non, que le moignon ait été bien fourni ou non au moment de l'intervention, comme l'a montré Smithson Schmit dans

son travail sur l'atrophie du moignon que nous avons cité plus haut.

Voyons maintenant quels sont les différents appareils dont peuvent faire usage les malades dont nous venons de nous occuper.

M. Aubry, auquel nous nous sommes adressé pour cela, a eu l'amabilité de nous fournir d'intéressants renseignements à ce sujet.

Les appareils construits pour les amputés de jambe sont de deux sortes :

1° *Le pilon*, analogue à celui employé pour les amputés de cuisse. Ce pilon est fixé à la cuisse par deux ou trois courroies circulaires adaptées à des montants verticaux qui font corps avec le pilon, à la partie interne et externe du membre. L'amputé marche avec ce pilon, son genou étant en flexion et appuyant sur un coussinet creusé en une sorte de gouttière antéro-postérieure. Une courroie fait le tour du moignon et ferme ainsi la gouttière dans laquelle il se trouve, par ce moyen, solidement fixé.

Cet appareil est simple, facile à appliquer, et relativement peu coûteux. Il est généralement bien supporté — sauf dans les cas où l'amputé étant en puissance de tabes, alcoolique ou névropathe, il se produit des douleurs ou des complications (eschares, etc.), qui en rendent le port difficile. Ces cas sont assez communs. Le fabricant ajoute que toutes les fois que cet appareil est adopté les malades n'ont guère à y revenir. S'ils l'abandonnent, c'est que le port de tout instrument est devenu impossible.

Cependant, il a un inconvénient : celui d'obliger l'am-

puté à marcher avec un moignon horizontal, faisant saillie en arrière, et d'autant plus disgracieux qu'il est plus long.

Même dans les cas de moignons très courts, comme lorsque l'amputation a été pratiquée au lieu d'élection, la saillie est suffisante pour obliger l'amputé à ne pouvoir dissimuler son infirmité à l'aide de son vêtement. Cet inconvénient est suffisant pour faire préférer dans beaucoup de cas le deuxième genre d'appareils.

2° *La jambe articulée.* — Les modèles de cet appareil varient à l'infini. Tous se fixent autour de la cuisse et de l'articulation du genou par un système de courroies et de tiges généralement assez compliqué.

Le prix en est très élevé. Si l'on joint à cela qu'il est beaucoup moins léger que le pilon, qu'il rend, par conséquent, plus difficile toute espèce de travail et qu'il est surtout préféré pour des raisons d'esthétique, on concevra qu'il soit peu usité par les malades peu fortunés, par les ouvriers, parmi lesquels se trouvent surtout les gens ayant à subir l'amputation du membre inférieur par suite d'accidents de travail. En font surtout usage les gens qui tiennent à dissimuler leur infirmité, ce qui est surtout le mobile qui guide, avant tous les autres, dans le choix d'un appareil.

Mais ses inconvénients sont fort graves. Il est très difficile à ajuster au moignon de l'individu et à la partie du membre qui a été conservée. Dans les cas où la jambe articulée est appliquée sur le genou, le moignon étant en flexion, nous rentrons dans le cas du pilon, mais nous avons un appareil lourd, coûteux, et qui perd un de ses

grands avantages aux yeux du malade, celui de dissimuler l'infirmité.

Aussi porte-t-on généralement cet appareil, le moignon appuyant directement par la base sur le coussinet. Mais il arrive fréquemment que le moignon est peu garni, qu'il est *taillé en sifflet*, la pression des os saillants et du coussinet sur les parties molles détermine fréquemment des eschares, tout au moins des douleurs qui rendent le port de l'appareil fort difficile. De plus, pour obvier un peu à tous ces inconvénients, il est nécessaire que le coussinet prenne exactement la forme du moignon; or, il arrive fréquemment que ce moignon maigrit, s'atrophie, se déforme, de là des modifications incessantes à apporter dans l'appareil. Les malades se fatiguent, s'irritent et accusent le bandagiste dont l'appareil après quelque temps de bon fonctionnement s'est, disent-ils, dérangé.

Observation 2 (personnelle)

P. J..., 47 ans. — Rien à relever dans les antécédents personnels ou héréditaires. Malade d'un tempérament excessivement nerveux.

A l'âge de 47 ans, une voiture lui passe sur la jambe et occasionne une fracture de jambe par torsion sans complication.

Cette fracture est réduite par le médecin de son village, qui après avoir laissé le membre pendant quelques jours dans une gouttière applique un appareil plâtré.

Le malade garde cet appareil pendant un mois au bout duquel en le retirant on s'aperçoit que la fracture n'est pas du tout conso-

lidée. Un nouvel appareil est appliqué mais gêne tellement le malade qu'il refuse de le supporter plus longtemps et préfère rester dans son lit la jambe dans une simple gouttière.

Il reste ainsi pendant sept mois, au bout desquels le médecin pense pouvoir lui permettre de se lever. Il s'était formé un cal que l'on sentait très bien sous le doigt et qui faisait même une saillie apparente sous la peau, il était facile de s'apercevoir que les deux fragments du tibia n'étaient plus sur le prolongement l'un de l'autre.

Le malade se leva donc ; mais dès qu'il essaya de marcher quelque peu, des douleurs fort vives apparurent. Le médecin le rassura en lui disant que ces douleurs disparaîtraient et qu'elles arrivaient presque toujours dans les premiers temps qui suivent la guérison d'une fraction.

Loin de disparaître, ces douleurs s'accrochèrent de plus en plus, si bien que le malade fut obligé de rester immobile sur son lit ou dans un fauteuil. Cette situation dura deux ans au bout desquels il se décida à consulter M. Leduc, alors chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Clermont. Celui-ci conseilla d'emblée l'amputation qui fut acceptée par le malade sans la moindre hésitation et pratiquée environ trente-deux mois après l'accident. Cette amputation se fit au lieu d'élection par lambeau externe.

Réunion par première intention.

Le malade sortit de la maison de santé après moins de trois semaines.

Le choix d'un appareil fut impossible.

Le malade eut successivement deux jambes articulées, un pilon. Ce dernier appareil seul était quelquefois supporté, mais les douleurs étaient constantes et fort vives, si bien que le malade songeait à une amputation de cuisse lorsqu'il succomba à une ma-

l'adie intercurrente à laquelle les ennuis qu'il ressentit de son infirmité ne furent pas étrangers.

Observation 3

Recueillie dans le service de M. le Dr Bazy et due à l'obligeance de notre ami Malterre, externe du service.

R... Camille, 22 ans.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels. Père et mère vivants et bien portants.

A été amputé à l'âge de 11 ans pour une tumeur blanche de l'articulation tibio-tarsienne dont la cause déterminante avait été une entorse que le malade s'était faite 8 ans auparavant, à l'âge de 3 ans. A dater du moment où cette entorse s'est produite, le malade n'a pu marcher qu'avec des béquilles.

L'amputation a été faite à l'hôpital Tenon par le Dr Lucas-Championnière qui a pratiqué l'amputation de la jambe droite au lieu d'élection. La plaie s'est réunie par première intention et le malade a fait seulement un séjour de 1 mois 1/2 à l'hôpital. A sa sortie, le malade s'est d'abord servi d'un pilon pendant environ 2 mois. Bien que le port de ce pilon ne le fit nullement souffrir, le malade l'abandonna et le remplaça par une jambe artificielle montant jusqu'à la hanche et articulée au niveau du genou et du coup-de-pied.

Le malade alla très bien ainsi pendant quelques années. Quatre ans après son opération il commença à éprouver des douleurs au niveau de l'extrémité inférieure de son péroné et il s'apercevait en même temps que cette extrémité inférieure faisait saillie sous les

téguments. Au bout de quelques jours, il y avait à ce niveau une petite plaie qui saignait au moindre contact et qui gênait beaucoup le malade.

C'est la présence de cette plaie et des douleurs qui décida le malade à entrer dans le service du Dr Felizet qui réséqua cette extrémité inférieure du péroné de façon à ce qu'elle fût au même niveau que celle du tibia. Le malade resta un mois dans le service. Il était alors âgé de 15 ans.

Immédiatement après sa sortie de l'hôpital, le malade ne s'est plus senti de rien et a continué à porter sa jambe articulée qui lui permettait de marcher comme tout le monde. Il y a 3 ans, il a même pu apprendre à monter seul à bicyclette ainsi qu'à cheval, et actuellement il peut faire des courses très longues de plusieurs heures sans souffrir.

Il y a environ 2 mois, le malade a encore éprouvé des douleurs au niveau de l'extrémité inférieure du péroné droit, douleur qui atteignirent leur maximum d'intensité quand le malade se fatiguait un peu plus que d'habitude. Il s'est aperçu en même temps que son péroné faisait saillie sous la peau. C'est dans ces conditions qu'il est entré dans le service du Dr Bazy qui lui a pratiqué une nouvelle résection de cette extrémité inférieure.

Actuellement le malade est en pleine voie de guérison et pourra reprendre ses occupations habituelles dans quelques jours.

Observation 4 (personnelle)

M. Ch... André charretier est amputé au mois de juillet 1894 à l'hôpital de la Charité dans le service de M. Desprès, pour frac-

ture bi-malléolaire compliquée de plaie. Le malade avait été primitivement traité par l'irrigation continue. Mais une suppuration interminable n'ayant pu céder à ce procédé, l'amputation de jambe est décidée et pratiquée au tiers moyen par lambeau externe, méthode choisie en raison de l'envahissement jusqu'à une certaine hauteur, de la région interne par le sphacèle des téguments.

La réunion se fait par seconde intention et n'est complète que deux mois après.

Néanmoins le moignon est assez abondamment garni et le pilon dont se sert le malade est bien supporté.

Le malade peut marcher avec son appareil pendant deux mois. Mais en décembre, un durillon apparaît sur le moignon qui devient douloureux.

En janvier, la marche est devenue complètement impossible, alors qu'est apparue une ulcération de mal perforant de la dimension d'une pièce de dix sous qui gagne rapidement d'étendue.

La plaie est d'abord pansée par des antiseptiques impuissants à enrayer le mal.

Au mois de mars 1895 l'ulcération présente un diamètre de 0.08 centimètres et l'os apparaît éburné au fond de la plaie.

Les téguments de la face interne prennent une coloration rougeâtre, livide, et menacent de se sphaceler.

L'amputation de la cuisse est pratiquée au 1/3 inférieur par M...

La réunion se fait, cette fois par première intention.

Le malade sort guéri un mois après.

Comme après la première opération, il a fait usage d'un pilon qui ne l'a jamais incommodé et ne l'empêche pas d'exercer la profession de marchand des quatre-saisons.

Nous l'avons trouvé à Vacassy où il est entré à la suite d'une pleuro-pneumonie.

Son moignon est sain et la cicatrice ne s'accuse plus que par une ligne blanchâtre à peine en retrait sur les parties voisines.

Observation 5 (personnelle)

L..., 45 ans, fondeur en cuivre, atteint de mal perforant du talon, entre au commencement d'octobre 1896 dans le service de M. Schwartz ; né de parents arthritiques, présente des signes d'artério-sclérose, il avoue s'être adonné à la boisson.

A l'époque de son entrée dans le service, le malade présentait une ulcération en forme d'entonnoir, à bords assez réguliers, semblant taillés à l'emporte-pièce, de la largeur d'une pièce de cinq francs, et gagnant jusqu'à l'os qui apparaît dénudé au fond de la plaie.

L'amputation est pratiquée le 17 octobre, amputation de jambe au lieu d'élection par la *méthode circulaire*.

Le tibia est soigneusement biseauté. Seul l'angle externe n'est pas abattu. On obtient une réunion des parties molles suivant une ligne antéro-postérieure.

Le calcanéum examiné après opération présente les lésions de l'ostéite raréfiante, le pansement à la gaze iodoformée et coton hydrophile est défait le troisième jour après l'opération. La plaie suppure à peine, mais les bourgeons charnus assez rares paraissent pâles et d'une vitalité douteuse.

On a alors recours au vin aromatique et à la poudre de quinquina.

Ce traitement accélère la cicatrisation qui est complète un mois 1/2 après l'opération.

Nous avons revu le malade à l'asile de Vincennes où il est en traitement pour emphysème pulmonaire, il fait usage d'un pilon qui ne l'a jamais fait souffrir et lui permet de se livrer, comme par le passé, à l'exercice de sa profession.

Nous avons examiné le moignon qui est absolument sain.

Observation 6 (personnelle)

L... Charles, 50 ans, fondeur.

Pas d'antécédents héréditaires, ni personnels.

En 1880 il se brûle dans un bain de zinc, dans une fabrique de galvano plastie.

M. Kirmisson tente une greffe qui ne réussit pas.

A partir de ce moment des ulcères surviennent qui sont tellement douloureux que le blessé se décide à subir l'amputation au bout de huit ans de souffrances.

En 1888, à Necker, M. Lefort pratique cette amputation au 1/3 supérieur de la jambe, par la méthode circulaire. La réunion s'effectue après quelques jours de suppuration. La cicatrice est souple et libre. Le blessé porte un simple pilon et marche à genou sur son appareil. Le genou est douloureux et présente deux bourses séreuses situées latéralement qui sont douloureuses de temps en temps suivant les changements de température. Néanmoins l'appareil dont il se sert est assez bien supporté, et le malade a pu continuer son métier en le cessant aux époques, assez rares, où ces bourses séreuses deviennent assez douloureuses pour empêcher le port de l'appareil.

Observation 7 (personnelle)

P..., coiffeur, 61 ans.

Rien à noter d'intéressant dans ses antécédents personnels ou héréditaires.

A eu il y a douze ans le pied écrasé par un camion lourdement chargé. Cet accident nécessita une opération et on dut lui amputer la jambe à Saint-Louis. Cette amputation fut pratiquée à dix centimètres au-dessus des malléoles. La plaie se cicatrisa difficilement et avec une suppuration assez longue. Enfin, le malade, à peu près guéri, put faire usage d'un appareil qui lui alla d'abord assez bien. Cet appareil fut bien supporté pendant sept ans. Mais il y a deux ans environ, et sans que le malade ressentît de grandes douleurs, la peau commença à s'ulcérer, puis l'ulcération gagna peu à peu d'étendue, bien que le malade ait complètement cessé toute espèce d'appareil. Le malade incapable dès lors de tout travail dut entrer pour se faire soigner son ulcération à l'hôpital d'où on l'envoya à Vincennes où nous l'avons trouvé.

Le moignon est très amaigri, la peau de couleur violacée est sèche, adhérente à la partie inférieure au péroné.

Toute la base, c'est-à-dire la partie qui appuyait directement sur l'appareil, est occupée par une ulcération de la dimension d'une pièce de cinq francs, ulcération comme taillée à l'emporte-pièce dont tout le fond est d'un rouge vif qui suppure continuellement malgré des pansements répétés.

L'ulcération n'occasionne pas de grandes douleurs, mais le malade ne peut néanmoins faire usage d'aucun appareil. Nous l'avons trouvé, hésitant à subir une réamputation qu'on lui avait conseillée.

Observation 8 (personnelle)

F... Frédéric, 54 ans, charpentier actuellement.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'une affection du cœur, sans profession.

Antécédents personnels. — Asthmatique, a eu du rhumatisme articulaire de 18 à 20 ans, n'a rien ressenti depuis, rien au cœur, a contracté des habitudes d'éthylisme.

Il y a sept ans un madrier lui écrase le pied. Il entre dans le service de M. Lucas-Championnière qui jugel'amputation nécessaire. Cette amputation est pratiquée par la méthode circulaire au lieu d'élection. Le malade sort de l'hôpital parfaitement guéri après une réunion par première intention et un séjour total de un mois. L'appareil qu'il a très bien supporté pendant cinq ans a déterminé au genou des ulcérations très douloureuses qui n'ont jamais guéri malgré les traitements variés qu'il a suivis chez lui et à l'hôpital.

L'autre jambe présente des ulcérations variqueuses également douloureuses et qui sont apparues un peu après celles du genou qui appuyait sur l'appareil.

Le malade a cessé de porter depuis deux ans toute espèce d'appareil.

Observation 9

P... Auguste, 47 ans.

Maçon (avant l'accident).

Marchand ambulant (après).

Antécédents héréditaires. — Père alcoolique, n'a pas connu sa mère.

Antécédents personnels. — C'est un alcoolique qui a été soigné à Sainte-Anne à deux reprises différentes pour des crises de délirium tremens.

Il y a onze ans, un moellon lui écrase le pied. Le blessé entre à l'hôpital Saint-Louis où une amputation est jugée nécessaire et pratiquée au milieu de la jambe par la méthode à lambeaux externes par M. X... La cicatrisation s'effectue par première intention et le malade sort guéri au bout de quarante jours d'hôpital.

Le moignon est atrophié, on sent l'os immédiatement sous la peau. On peut néanmoins mobiliser la cicatrice qui est assez souple. La jambe a conservé tous ses mouvements.

Le blessé a pris un appareil, à sa sortie de l'hôpital, mais le port de cet appareil a été dès le début fort douloureux. Aussi a-t-il préféré y renoncer complètement et marcher à l'aide d'une béquille, ce qui n'offre d'ailleurs, dit-il, aucun inconvénient, étant donnée sa profession actuelle. Mais il nous explique que pendant deux années, il a essayé de porter un appareil. Or, à ce que nous dit le malade, l'os appuyant contre le coussinet avait déterminé après de vives douleurs à chaque tentative une plaie qui suppura et mit quatre mois à guérir à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Duplay. Le malade essaya de changer une ou deux fois d'appareil, mais dut y renoncer complètement devant les douleurs qui se reproduisaient de la même façon à chaque essai nouveau.

Observation 10

P... Louis, 57 ans, orfèvre.

Antécédents héréditaires. — Mère morte d'une pleurésie après avoir beaucoup toussé.

Père mort accidentellement.

Antécédents personnels. — A eu plusieurs bronchites bien guéries.

En 1892, commence à souffrir d'une tumeur blanche de l'articulation tibio--tarsienne pour laquelle il est opéré en 1895 par M. Chaput à Tenon. Son état ne s'améliore pas.

L'année d'après, en 1896, il se voit obligé d'entrer à Saint-Louis où M. Richelot lui conseille l'amputation de la jambe et pratique cette opération au tiers inférieur. L'os, dit le malade, se trouve de un centimètre trop long, on se voit forcé de le réséquer (juillet 1896.)

Le malade sort de Saint-Louis incomplètement guéri, sa plaie s'infecte et le malade se voit forcé d'entrer à Saint-Louis dans le service de M. Richelot (août 1896). L'amputation est pratiquée au tiers supérieur sans amener la moindre amélioration.

Le malade entre alors à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Duplay où M. Cazin pratique l'amputation au-dessus du genou le 22 octobre 1896.

Le malade est depuis le 1^{er} décembre à l'asile de Vincennes. La plaie est complètement cicatrisée, le moignon très sain. Le malade se considère cette fois comme parfaitement guéri. Il ne sait encore comment l'appareil sera supporté.

Observation 11

B..., 39 ans, cultivateur à Arcueil, à l'heure actuelle employé à l'asile de Vacassy.

Pas d'antécédents.

Une voiture lui passe au-dessous du genou et occasionne une fracture compliquée de la jambe. Le blessé entre à Saint-Louis où M. Delaunay lui propose l'amputation de la cuisse au-dessus du genou d'emblée, craignant de n'avoir point assez de peau et de parties molles pour constituer un bon moignon. Devant le refus catégorique du malade de se laisser amputer au-dessus du genou, le chirurgien se résout à amputer la jambe au lieu d'élection. La cicatrisation a lieu par première intention, mais dit le malade, les os étaient immédiatement sous la peau et le moignon presque totalement dépourvu de parties molles.

Le blessé essaye de porter une jambe articulée.

Au bout de quinze jours, pendant lesquels l'appareil le faisait bien un peu souffrir, mais il croyait qu'avec l'habitude ces douleurs passeraient, le malade s'aperçut d'une petite ulcération qui se produisait sur la peau à l'endroit à celle-ci était en contact avec l'appareil. Cette ulcération comme taillée à l'emporte-pièce empêcha bientôt le port de la jambe articulée. Le blessé dut même s'aliter et un chirurgien consulté lui conseilla l'amputation au-dessus du genou qu'il accepta, tant étaient vives les douleurs au niveau du moignon. Cette amputation fut pratiquée environ un an 1/2 après la première opération.

A l'heure actuelle, le blessé a un moignon parfaitement sain qui lui permet de porter un simple pilon qui ne le gêne aucunement, il peut ainsi accomplir son service à l'asile de Vacassy où il est entré comme employé.

b. — Amputations de cuisse

Les amputés de cuisse que nous avons pu voir sont peu nombreux, comparativement aux amputés de jambe que nous avons observés. Nous en avons trouvé seulement cinq cas. Nous devons faire observer que sur ces cinq malades rencontrés dans un asile il n'en est pas un qui y soit pour son infirmité. Tous y sont venus en convalescence de maladies tout à fait indépendantes (bronchites chroniques, pneumonies, etc.). Ce n'est pas ce qui arrive, en général, pour les amputés de jambe qui tous y sont amenés par différentes maladies de leur moignon, douleurs, ulcérations, maladies qui font de ces malades de véritables impotents.

Ces cinq amputés ont des moignons fort bien fournis, nullement côniques, et chez qui la peau est parfaitement mobile et séparée de l'os par des parties molles généralement abondantes.

L'appareil, chez tous les cinq, est bien supporté. Deux cependant souffrent légèrement de leur moignon; l'un de ces derniers est un éthylique. Tous ont pu continuer à travailler, soit en reprenant leur ancien métier, soit en en adoptant un autre moins fatigant.

Si nous rapprochons ces cinq cas des trois autres que nous avons rapportés dans les amputations de jambe et

où des malades primitivement amputés au-dessous de l'articulation du genou ont dû subir plus tard l'amputation de la cuisse, nous avons un total de huit blessés qui n'ont en somme qu'à se louer ou à peu près de leur moignon et de leur appareil, ce qui n'arrive généralement pas chez les amputés de jambe porteurs soit d'une jambe articulée, soit d'un simple pilon.

Ces malades font en général un seul reproche à leur appareil, celui d'être lourd, de les fatiguer rapidement dans une marche un peu prolongée. Ce reproche a été surtout plus accentué dans la bouche du seul malade que nous ayons vu amputé à la partie supérieure de la cuisse. Ceci se comprend facilement étant donnée la brièveté du levier qui doit soulever l'appareil. Mais le port de cet appareil ne gêne guère la station debout, et l'un des malades a même pu continuer sans de grands inconvénients son métier de menuisier qui exige cependant des fatigues assez considérables dans cette station.

Comme nous l'avons dit, nous n'avons pas trouvé chez les amputés de cuisse un seul moignon conique. La conicité des moignons est infiniment plus rare chez ces malades que chez ceux qui ont subi l'amputation de la jambe.

C'est ce qui résulte, du reste des conclusions que l'auteur anglais Smithson Schmit a tirées de la statistique publiée dans le *Medical News* et d'où il résulte que l'atrophie des moignons est d'autant plus considérable que le lieu d'amputation est plus éloigné du tronc.

Les bourses séreuses et les ulcérations font totalement défaut chez les amputés de cuisse que nous avons vus. Chez un seul de ces malades, la cicatrice est large, assez

dure, et quelque peu adhérente. Mais il n'y a pas la plus petite ulcération et l'amputé ne souffre pas. Les autres moignons ont des cicatrices souples, et chez tous la peau est libre et parfaitement saine.

La partie de la cuisse qui se trouve au-dessus du moignon est sensiblement atrophiée ; la circonférence du membre amputé est inférieure à celle de l'autre membre prise au même point. Mais il n'existe aucune atrophie du moignon proprement dite, ou mieux aucune conicité de ce moignon.

Quant aux douleurs dont se plaignent les amputés de cuisse, elles ne ressemblent pas à celles dont souffrent en général le plus les amputés de jambe. Ce sont des douleurs passagères et intermittentes, de véritables névralgies, comme disent les malades, et dont ils n'accusent pas leur appareil, les douleurs se produisant surtout la nuit lorsqu'ils viennent de le quitter.

Ces névralgies, qui cèdent en général au sulfate de quinine, se retrouvent après tous les genres d'amputations ; les amputés de jambe sont loin d'en être exempts, et c'est à ces douleurs-là que viennent s'ajouter celles qui sont dues à leur moignon ou à leur appareil.

En ce qui concerne le pronostic des amputations de cuisse, autrefois assez grave pour faire souvent préférer des amputations de jambe faites dans de très mauvaises conditions, nous citerons les paroles du professeur Verneuil, dans une de ses cliniques à l'hôpital de la Pitié :

« Depuis un certain nombre d'années, dit-il, le pronostic des amputations de cuisse a changé de fond en comble, et cette opération, autrefois si grave qu'elle entraînait dans

les hôpitaux de Paris une mortalité d'au moins 75 à 80 o/o, est devenue actuellement d'une grande bénignité. »

Les amputés de cuisse se servent du pilon appliqué directement sur le moignon, pilon fixé par des courroies entourant le membre et prenant leur point d'appui sur des montants verticaux fixés au pilon à la partie interne et externe. Ce pilon est maintenu plus solidement à l'aide d'une véritable ceinture lorsque la planchette remonte assez haut.

Il est toujours fort bien supporté, pour la raison que le moignon qui vient s'y appuyer est généralement bien fourni. De plus, la présence d'un os unique, à large surface, et facile à étoffer, rend plus difficile toute espèce d'eschare ou de blessures produites par les saillies osseuses comme dans le cas de l'amputation de jambe. Il est fort rare qu'un amputé de cuisse ne puisse se servir d'un appareil de ce genre pour continuer même des travaux exigeant la station debout, et se plaigne du bon fonctionnement de son appareil.

Une des conditions essentielles qu'il doit remplir est la légèreté, étant donné le peu de longueur du membre formant levier pour le manier.

Observation 12

C... Georges, 36 ans, chauffeur.

Pas d'antécédents héréditaires. Avoue des habitudes d'éthylisme, a subi l'amputation de la jambe au 1/3 supérieur.

Après avoir eu la jambe écrasée par un wagon il dut subir

l'amputation à la partie supérieure de la cuisse. Opéré par M. Perrier en 1892. Porte un appareil qui ne le gêne nullement, le moignon est sain, la cicatrice mobile, souple et peu douloureuse.

Cependant le malade souffre de son moignon quoique son métier ne soit pas très pénible, mais il n'a jamais eu d'autre accident, ni ulcération, ni bourse séreuse.

Ce malade est en convalescence à Vincennes d'une bronchite chronique.

Observation 13

P... Henri, 18 ans, graveur.

En convalescence à Vincennes à la suite de l'amputation de la cuisse consécutive à une arthrite tuberculeuse du genou, opération pratiquée il y a trois mois dans le service de M. Duplay.

Le malade a essayé un appareil auquel il commence à s'habituer, et qui ne le gêne aucunement.

Observation 14

A..., 37 ans, brocheur (garçon de café avant l'amputation).

Père mort tuberculeux, mère assez bien portante.

A eu une pleurésie guérie à 19 ans.

Amputé de la cuisse, à la suite d'une tumeur du genou à l'âge de 27 ans par M. Péan à Saint-Louis, a toujours porté un pilon, sans la moindre difficulté. Se plaint seulement de névralgies dans son moignon, névralgies assez fréquentes qu'il n'attribue pas du tout à son appareil car elles se produisent seulement la nuit lorsqu'il a quitté son pilon.

Observation 15

H..., 24 ans, découpeur.

Pas d'antécédents personnels et héréditaires.

Une voiture lui écrase la cuisse et cause une fracture ouverte du tibia. Le blessé entre à Lariboisière.

En 1890, l'amputation de la cuisse à dix centimètres au-dessus de l'articulation est proposée au blessé qui l'accepte, parce que M. Périer lui dit qu'il craignait de ne pas avoir assez de peau pour amputer la jambe au-dessous de l'articulation du genou.

La réunion a lieu par première intention et le malade qui est entré à Vincennes en convalescence d'une pneumonie a un moignon bien fourni qui lui permet de porter un simple pilon et de continuer son travail.

Observation 16

P... Louis, 64 ans. menuisier.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Nuls.

En 1881 une voiture lui broie la jambe au-dessous du genou, M. Richet juge l'amputation nécessaire et la pratique immédiatement au-dessus de l'articulation. La plaie suppure pendant plus d'un mois. La peau et les parties molles se rétractent et le fémur dépasse d'au moins quatre centimètres. M. Péan pratiqua alors une résection de l'os et en ce moment le malade a un moignon qui présente une large cicatrice violacée, dure et peu mobile sur l'os. Cependant il est porteur d'un simple pilon qui est très bien

supporté, et il peut faire son travail absolument comme auparavant.

Le malade ajoute spontanément que M. Richet a hésité longtemps avant de se décider à pratiquer l'amputation au-dessus du genou.

Nous avons exposé, à l'aide des observations des amputés que nous avons pu trouver, les résultats éloignés qui suivent les amputations de jambe d'un côté, et de cuisse de l'autre. Si nous comparons ces résultats, il est facile de nous rendre compte que l'avantage se trouve de beaucoup du côté des interventions pratiquées au-dessus de l'articulation du genou.

Les amputés de cette dernière catégorie, en effet, ont un moignon dont ils peuvent tirer une grande utilité ; ce moignon, est dans tous les cas, fort bien nourri, et donne un bon point d'appui à l'appareil qui doit servir à atténuer l'infirmité des amputés. Cet appareil gêne rarement, est simple, peu coûteux, et, bien qu'un peu fatigant suffit très bien à permettre aux malades de se livrer à d'assez nombreux travaux. Nous négligeons les douleurs dont quelques-uns se plaignent et qui se produisent, quel que soit le genre d'amputation, douleurs dans le détail desquelles, du reste, nous n'avons pas à entrer.

Au contraire, nous voyons que les individus qui ont subi l'amputation de la jambe sont généralement peu satisfaits des suites de leur opération. A l'inverse des précédentes, ils ont beaucoup de choses à dire sur les difficultés qu'ils ont eues pour trouver un appareil enfin convenable ; ils entrent dans de nombreux détails sur les

douleurs dont leur moignon est le siège ; enfin ils ont plusieurs griefs à reprocher à leur appareil, quand ils n'y ont pas totalement renoncé. Tous ces inconvénients réunis ont été d'une telle gravité que, dans plusieurs cas, ces individus ont été obligés de subir une réamputation, bien qu'ils ne s'y soient pas facilement résolus.

En résumé, les amputés de cuisse sont débarrassés une fois pour toutes, pour ainsi dire, par leur amputation ; ce sont des gens qui n'ont pas une longue histoire, ainsi qu'on peut le voir en jetant un coup d'œil sur leurs observations, et qui sont généralement satisfaits.

Les amputés de jambe, au contraire, ont longtemps à se plaindre. Ils sont tourmentés en général pendant le reste de leur vie par des complications qui surviennent presque toujours après l'opération qu'ils ont dû subir.

Tels sont les résultats éloignés des amputations de cuisse et de jambe que nous avons pu observer. Nous croyons qu'on peut en tirer les conclusions suivantes :

Conclusions

1° Dans les amputations portant sur la moitié supérieure de la jambe, les résultats éloignés nous montrent :

a. — Il existe presque toujours des ulcérations graves en ce sens que leur guérison est difficile à obtenir ;

b. — Les exostoses sont fréquentes, surtout au niveau de la saillie du péroné ;

c. — Les moignons ont une grande tendance à devenir côniques ;

d. — Des bourses séreuses s'établissent au niveau de points d'appui qui peuvent être le siège de nombreux phénomènes pathologiques (hygroma, suppuration, etc.). Le port d'un appareil est difficile, quelquefois impossible, ce qui rend le malade impotent.

2° Les amputés de cuisse ne présentent aucun phénomène pathologique du côté de leur moignon. Ils ont des appareils commodes et non douloureux ; la plupart peuvent reprendre leur ancien métier qu'ils exercent avec autant de facilité qu'avant leur infirmité, quoique souvent ce métier soit fatigant, et nécessite la station debout prolongée.

3° Plusieurs amputés de jambe, malgré leur répugnance

à subir une nouvelle intervention portant sur la cuisse, après plusieurs opérations ayant eu pour but de régulariser leur moignon de jambe, de guérir leurs ulcérations, se sont vus dans la nécessité de réclamer l'ablation de ce moignon par une amputation de cuisse.

4° Sans vouloir être absolu et faire rejeter l'amputation de jambe au lieu d'élection, nous croyons pouvoir affirmer la supériorité à tous les points de vue et surtout dans leurs résultats éloignés comparés de l'amputation de cuisse, cette dernière étant pratiquée le plus près possible du genou.

Vu : le Président de la thèse,

TILLAUX

Vu : pour le Doyen,

L'Assesseur,

POTAIN

Vu et permis d'imprimer

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

Bibliographie

VERNEUIL. — Pronostic des amputations de jambe (Gazette des hôpitaux, juin 1888).

SCHWENECK. — Corresp. Blatt für Schweizer Aerzte (octobre 1888).

LE BEC. — Moignon physiologiquement cône de la jambe (Gazette des hôpitaux, avril 1889).

G. POLLOCK. — Des modifications des os et des parties molles après l'amputation de jambe (Medic. chirurg. transatlantic., 1888).

LUYS. — De la persistance des impressions sensibles après les amputations (Annales de psychiatrie et d'hypnologie, par 189 et 193-198).

MORSE. — Réamputations pour moignons douloureux (Occid. medical Times, 1890).

SMITHSON SCHMIT. — De la valeur et des conditions de service des moignons d'amputation des extrémités (Medic. News, 9 septembre 1893).

ESTES. — Contribution à l'étude des amputations (Medical Record, 1894).

MARCKS. — Les amputations au point de vue de la prothèse
(Annales de chirurgie et d'orthopédie pratiques, 1894).

CHAINTE. — Contribution à l'étude de la conicité physiologique des moignons (Revue d'orthopédie, 1895).

ROBBES. — Caries de tibia y perone consecutiva a traumatismo, amputacion de la pierna curacion (Corresp. médicale, Madrid, 1896).

